

令和5・6年度 介護保険料減免申請書(兼同意書)

(宛先)新潟市長

申請日

年 月 日

新潟市介護保険条例第12条の規定により、下記のとおり介護保険料の減免を申請します。

申請者	本人又は申請代理人氏名(自署)		生年月日	年 月 日
			本人との関係	
	申請代理人住所	郵便番号	電話番号	()

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	郵便番号	電話番号	()

申請理由 該当する申請理由の□にレ印をつけ、必要な資料を添付してください。

- 1 被保険者又は生計中心者が、震災、風水害、火災等により住宅その他に財産の著しい被害を受けた。
- 2 生計中心者が死亡し、若しくは災害により行方不明となった、又は心身に重大な障がいを受け、若しくは長期入院したことにより収入が著しく減少した。
- 3 生計中心者の収入が、事業の休廃止、事業損失、失業等により著しく減少した。
- 4 生計中心者の収入が、災害による被害を受けたことにより著しく減少した。
- 5 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された。
- 6 その他市長が規則で定める要件を満たす(低所得者)。

具体的な理由 R6能登半島地震による住宅損害(損害程度: 全壊 大規模半壊 中規模半壊 半壊 床上浸水)

(詳細に) R6能登半島地震により、世帯の主たる生計維持者が(死亡 行方不明 障がい者となった 傷病を負った)

R6能登半島地震により、世帯の主たる生計維持者の事業収入等が前年の当該収入より3割以上減少する(見込み)で、減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の所得の合計額が400万円以下

	氏名	生年月日	住所(被保険者と別居の場合のみ記入してください。)	現在の月収
被保険者		年 月 日		
被保険者と生計を一にする者		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
別世帯扶養者の有無(申請理由6)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

注 被保険者及び被保険者と生計を一にする者全員が記入してください。ただし、申請理由5により申請する場合は必要ありません。

同意書

申請日 年 月 日

介護保険料減免申請の審査において、新潟市が必要があるときは、下記の機関に照会し、及び調査することに同意します。

- 1 申請理由1による場合の照会先 損害保険会社，市の災害担当課及び固定資産税担当課
- 2 申請理由2～4による場合の照会先 1に加えて，税担当部署(税務署，県税部局，市税部局等)，金融機関(銀行，ゆうちょ銀行，信用金庫，信用組合，農協，証券会社，保険会社等)及び年金支払機関(年金事務所等)
- 3 申請理由6による場合の照会先 1, 2に加えて，民法上の扶養義務者等

	氏名(署名)	生年月日	住所
被保険者		年 月 日	
被保険者と 生計を一に する者		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

注1 被保険者及び被保険者と生計を一にする者全員が署名してください。ただし、申請理由5により申請する場合は、同意書は必要ありません。

- 2 調査時には、この同意書の写しを上記機関に提示します。